FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

86

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel GALL

Né le 3 avril 1936, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 196

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES SPONDYLITES

•

(A propos de 10 observations)

Président : M. DELBARRE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel GALL

Né le 3 avril 1936, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 196

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES SPONDYLITES

•

(A propos de 10 observations)

Président : M. DELBARRE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart-d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Gaston CORDIER,

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Paul CASTAIGNE

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie pathologique	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Bernard (J.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Joannon (P.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)

	MM.
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	Deparis (M.)
Pharmacologie	Cheymol (J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Polonovski (J.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Pharmacologie	Lévy (Mlle J.)
Physiologie	Dejours (P.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Cliniques :

— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) ; *- Cochin :* Leger (L.) ; *- Hôtel-Dieu :* Patel (J.) ; *- Pitié :* Cordier (G.) ; *- Saint-Antoine :* Gosset (J.) ; *- Salpêtrière :* Sicard (A.) ; *- Tenon :* Olivier (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)

Cliniques :

— Génétique médicale (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Marchal (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)

Cliniques :	MM.
— médicales : *Broussais :*	Milliez (P.), Lenègre (J.); - *Cochin :* Brouet (G.); - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.); - *Lariboisière :* Sèze (S. de); - *Pitié :* Dreyfus (G.); - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.), Boudin (G.).
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	Debray (Ch.)
— médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié) .	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :*	Lacomme (M.); - *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
» (Cochin) ..	Offret (G.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)

Cliniques :	MM.
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . ..	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière) .	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— urologique (Cochin) .	Aboulker (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique ..	Padovani (P.)
Séméiologie médicale . ..	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	Judet (R.)
Clinique urolog. (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses . ..	Bastin (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie .	Maduro (R.)
Pneumo-Phtisiologie . ..	Kreis (B.)
Médecine :	Azerad (E.); Bour (H.); Lambling (A.); Lhermitte (F.); Pequignot (H.); Perrault (M.); Siguier (F.); Worms (R.).
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie : MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Hureau (J.).

Anatomie pathologique : Mlle Gauthier-Villars (P.) *pr. s. ch.* MM. Abelanet (R.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *pr. s. ch.*; Nezeloff (Ch.); Orcel (L.); Paillas (J.).

Anesthésiologie : Mme du Bouchet ; MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

Bactériologie : MM. Barbier (P.); *pr. s. ch.* ; Christol (D.); Daguet (G.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

Biochimie médicale : MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.); Cartier (P.), *pr. s. ch.* ; Cornillot (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Jérome (H.); Kruh (J.); Legrand (J.-Cl.); Nordmann (J.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Biologie médicale : MM. Benhamou (J.-P.); Boivin (P.); Hartmann (L.), *pr. s. ch.*

Carcinologie : MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

Cardiologie : M. Hatt (P.-Y.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. Civatte (J.); Duperrat (B.); Hewitt (J.); Touraine (R.).

Electro-Radiologie : MM. Heitz (F.), *m. conf.* ; Ledoux-Lebard (G.).

Embryologie : M. Roux (Ch.).

Hématologie : MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie : MM. Coujard (R.), *p. s. ch.*; Da Lage; Marois (M.); Racadot (J.); Schramm (B.).

Hydrologie : MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène : MM. Blancher (G.); Corre-Hurst (Mme L.); Roussel (A.); Sapin-Jaloustre (H.)

Maladies infectieuses : MM. Dupont (V.); Lissac (J.); Rapin (M.).

Maladies métaboliques : MM. Antoine (B.); Crosnier (J.); Richet (G.); Sebaoun (J.).

Médecine légale : MM. Bourguignon (A.); Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.)

Médecine du Travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. Cambier (J.); Cathala (H.); Escourolle (R.); Gautier (J.-Cl.); Lapresle (J.); Lereboullet (J.); Pichot (P.); Tardieu (G.)

Obstétrique : MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Lévy (J.); Lewin (D.); Musset (R.); Robey (M.); Seneze (J.); Sureau (C.); Tchobroutsky (Mme C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie : Mmes Auvert (B.); Fontaine (M.); MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie : MM. Duparc (J.); Maurer (P.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.)

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. Debain (J.); Pialoux (P.); Sergent (H.).

Parasitologie : MM. Golvan (Y.); Ho Thi Sang (Mlle); Lapierre (J.)
Pathologie chirurgicale : MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Blondeau (Ph.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dautry (P.); Demirleau; Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Galey (J.-J.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart-d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Loygue (J.); Maillard (J.-N.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Prémont (M.); Robert (H.); Thomeret (G.); Vaysse (J.).
Pathologie exotique : M. Schneider (J.)
Pathologie expérimentale : MM. Berthaud (P.); Cottenot (Fr.); Lœper (J.), *pr. s. ch.* ; Maurice (J.); Mikol (Cl.); Paupe (J.-R.)
Pathologie médicale : MM. Acar (J.); Auquier (L.); Aussannaire (M.); Beaumont (J.-L.); Bernier (J.-J.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Canivet (J.); Carlotti (J.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Cloarec (M.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Debray (J.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Funck-Brentano (J.-L.); Grivaux (M.); Hazard (J.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Lagrue (G.); Lesobre (R.); Leveque (B.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nenna (A.); Nick (J.); Poulet (J.); Royer (P.); Tcherdakoff (Ph.); Thibault (Ph.); Tourneur (R.); Villiaumey (J.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. Alagille (D.); Alison (J.); Canlorbe (P.); Gorin (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Lestradet (H.); Mallet (R.); Mande (R.); Minkowsky (A.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rey (J.); Ribierre (M.); Rossier (A.); Vialatte (J.);
Pharmacologie : MM. Boissier (J.); Lechat (P.).
Physiologie : MM. Barres (G.); Durand (J.); Girard (Fr.), *m. conf.* ; Hugelin (A.); Laurent (D.); Scherrer (J.), *pr. s. ch.* ; Vasseur (B.);
Physique médicale : MM. Chanteur (J.); Coursaget (J.); Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pagès (J.-Cl.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-C.), *pr. s. ch.* ; Tubiana (M.), *m. conf.*
Pneumo-phtisiologie : MM. Decroix (G.); Israel (L.); Meyer (A.); Renault (P.); Sors (Ch.).
Psychiatrie infantile : MM. Deniker (P.); Duche (D.); Flavigny (H.).
Radiologie médicale : MM. Dubost (J.); Lefebvre (J.); Michel (J.-R.).
Rhumatologie : M. Massias (P.).
Stomatologie : MM. Cauhepe (J.); Cernea (P.); Chaput (Mme A.), *m. c. agr.* ; Crepy (Cl.); Fleury (R.); Grellet (M.).
Thérapeutique : MM. Chassagne (P.); Fouet (P.); Labet (R.); Marche (J.).
Urologie : MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. Debeyre (J.).
Clinique chirurgicale : M. Verne (J.-M.).
Clin. médic. : MM. Rambert (P.); Thieffry (S.).
Clinique obstétricale : MM. Grasset (J.); Mayer (M.); Morin (P.).
Clinique ophtalmologique : M. Desvignes (P.).
Clinique pédiatrique et puéri. : M. Laplane (R.).
Clinique psychiatrique : M. Baruk (H.).
Clinique urologique : M. Kuss (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. Hauduroy (P.), *pr. s. ch.*
Pathologie chirurgicale : M. Rudler (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. Lena (J.)
Conseiller administratif : Mlle Chaintreuil (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur Hahn (A.)
Conservateurs : Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.).
Bibliothécaires : Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlle Laurent (H.); Docteur Schiller (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Humble témoignage de ma profonde affection.

A MA FEMME

Gage de ma profonde tendresse.

A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A Monsieur le Professeur DELBARRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

Qui a bien voulu me faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A M. le Docteur JEANSON

Ex-Chef de Clinique à la Faculté

ET

A M. le Docteur ARBELTIER

Médecin de l'Hôpital de Coulommiers

Qui nous ont inspiré ce travail, qui a pris forme et consistance au sein de leur Service.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre admiration.

A Monsieur le Docteur J. DEVAUX

Médecin de l'Hôpital de Coulommiers

Dont nous apprécions les éminentes qualités de clinicien.

PLAN

PREFACE

Chapitre I — ETUDE CLINIQUE

Chapitre II — RADIOLOGIE

Chapitre III — PARTICULARITE GEOGRAPHIQUE

Chapitre IV — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

CONCLUSION

PRÉFACE

La colonne vertébrale est une pièce à structure complexe du système squelettique ; chacun de ses segments est chargé de rôles déterminés en fonction desquels s'adaptent la morphologie et la cinétique de la colonne vertébrale. Elle se compose d'éléments fixes et mobiles et est munie de petites articulations, dont la disposition donne à la cinétique des divers segments une allure caractéristique.

Un appareil ligamentaire très développé, partiellement élastique et partiellement rigide, assure la contention, tandis qu'une riche musculature aux faisceaux de longueur variable fournit à ses diverses portions une mobilité active spécifique.

Les affections de la colonne vertébrale sont aussi complexes que sa structure et ses fonctions ; il est fréquemment difficile d'en élucider les causes et la localisation. On est souvent contraint, en examinant un malade, de provoquer de façon indirecte l'apparition de douleurs ou de symptômes, en faisant jouer l'un ou l'autre segment vertébral : seule méthode qui permette de conclure à la localisation et éventuellement la nature de la maladie.

Mais il est aussi fréquent que l'on ne réussisse pas à établir de relation pathogénique entre les données locales et fonctionnelles d'une part, et avec les facteurs éloignés d'autre part.

C'est ainsi que durant deux années passées à l'Hôpital de Coulommiers, nous avons été intéressé par la pathologie vertébrale de fréquence de plus en plus grande, tant au point de vue consultations, qu'au point de vue hospitalisation.

Et parmi les nombreux cas qu'il nous a été donné de suivre, nous voulions nous arrêter plus spécialement à certaines ostéoarthrites vertébrales, présentant des caractères particuliers, les distinguant des autres lésions vertébrales habituellement traitées dans le Service, aussi est-ce cette étude qui fera l'objet de ce travail.

La plus grande partie des cas qu'il nous a été possible de voir ont subi une hospitalisation, ce qui a permis de pratiquer de nom-

breux examens de laboratoire et de multiplier les radiographies et tomographies, afin de suivre l'évolution de la maladie et la valeur du traitement entrepris.

D'autres malades ont été suivis à la consultation lorsque l'atteinte vertébrale n'était pas trop sévère et que nos connaissances sur leur syndrome étaient plus complètes.

Enfin, pour approfondir le problème, nous avons recherché dans les dossiers d'hospitalisation des années précédentes, les cas entrant dans notre étude, aidés en cela par Messieurs les Docteurs JEANSON et ARBELTIER, que nous voulons encore ici remercier de leur concours et de leur aide bienveillante.

Certains malades ne sont restés que quelques semaines hospitalisés dans notre Service ; d'autres, au contraire, ont dû rester plusieurs mois et ensuite partir dans des centres spécialisés pour une consolidation et une rééducation vertébrale.

Mais avec un recul suffisant actuellement, nous pouvons penser que les résultats thérapeutiques sont bons, quoiqu'il ait parfois été nécessaire d'immobiliser nos malades en coquille plâtrée et ultérieurement conseiller le port d'un lumbostat.

Nous allons donc exposer l'histoire clinique, biologique, radiologique de ces malades en montrant ce qui fait, à notre connaissance, la particularité de leur syndrome :

Particularité clinique, particularité des résultats de certains examens de laboratoire, aspect radiologique constant, répartition géographique des cas observés bien limitée (une partie de la vallée du Petit-Morin).

Enfin, un problème toujours resté en suspens : l'étiologie demeurée mystérieuse de cette épiphysite vertébrale.

CHAPITRE I

ÉTUDE CLINIQUE

OBSERVATION N° 1

Monsieur Pri... Louis, âgé de cinquante-neuf ans, ouvrier agricole, nous est adressé par son médecin traitant, à l'hôpital, le 6 septembre 1961.

Deux mois auparavant, l'histoire de la maladie commence par un œdème des membres inférieurs, accompagné d'une douleur très vive au niveau des pieds sur leur face supérieure.

Un repos d'un mois et demi est ordonné par le médecin traitant et depuis huit jours le malade avait repris son travail.

Ce jour, malaise avec vomissements, œdèmes des membres inférieurs toujours présents ; à la palpation, perception d'une masse dans l'hypochondre et le flanc droit qui donne le contact lombaire.

Des céphalées frontales, pulsatiles, réveillent le malade la nuit.

A son entrée à l'hôpital, on retrouve effectivement l'œdème des membres inférieurs, légèrement rosé, non douloureux, prenant le godet, un léger enraidissement douloureux du rachis lombaire avec une contracture des muscles des gouttières para-vertébrales.

On ne note pas de masse donnant le contact lombaire, et le reste de l'examen n'apporte pas de signes nouveaux.

Les réflexes sont présents aux membres inférieurs, le réflexe cutané plantaire se fait en flexion, les oscillations prises à l'appareil de Pachon ne traduisent aucune souffrance artérielle.

L'auscultation pulmonaire est normale, le cœur régulier, les bruits bien frappés, le pouls bat à 76 pulsations par minute, la tension artérielle se chiffre à 16 de maxima et 10 de minima.

Le toucher rectal permet de reconnaître une prostate normale, tant au point de vue volume qu'au point de vue consistance.

Dans les antécédents pathologiques du malade, rien d'intéressant n'apparaît lors de l'interrogatoire.

L'état général est assez bon, l'appétit est satisfaisant, mais une perte de poids légère est apparue.

Le transit intestinal est normal ; il existe une asthénie assez importante.

En observation dans le Service de Médecine Générale à l'Hôpital, la courbe de la température prend un caractère ondulant sans dépasser toutefois 38°-38°5 au maximum et réalisant au minimum une apyrexie complète.

Les résultats des premiers examens de laboratoire nous donnent :

Une numération formule globulaire :

— Globules rouges : 5.000.000
— Globules blancs : 3.600, dont :
  — polynucléaires neutrophiles : 47 %
  — polynucléaires éosinophiles : 5 %
  — lymphocytes : 45 %
  — monocytes : 3 %.

Donc une leucopénie avec lymphocytose.

Le culot urinaire est normal, ainsi que l'électrophorèse, il n'y a pas de sucre ni d'albumine dans les urines, il n'y a pas de parasites dans les selles.

L'azotémie est à 0,25 g ‰.

La vitesse de sédimentation globulaire a :

— première heure : 24 mm,
— deuxième heure : 40 mm,
— vingt-quatrième heure : 64 mm.

Les protides totaux sont à un taux de 79 g par litre.

L'électrocardiogramme est normal.

Nous pratiquons alors une urographie intra-veineuse ainsi qu'un lavement baryté et une radio pulmonaire qui ne montrent aucune image pathologique.

Le malade ne reçoit pendant cette première semaine que de la chlorpromazine et des vitamines des groupes B 1 et B 6 pour traiter une légère excitation due à une imprégnation éthylique.

Devant la persistance de cette température de caractère ondulant et l'apparition de douleurs lombaires, nous pratiquons une intra-dermo-réaction à la mélitine et un séro-diagnostic de Wright, dont le résultat est négatif, et des radiographies du rachis où l'on distingue une importante ostéophytose lombaire prédominant au niveau des vertèbres D 11, D 12, L 1 et L 2 et un aspect très irrégulier, érosif du plateau inférieur de D 12 et du plateau supérieur de L 2, les disques correspondants paraissent pincés.

Des remaniements à type de condensation existent en outre au niveau de D 11, D 12 et D 12, L 1.

La vitesse de sédimentation était alors à :

— première heure : 24 mm,
— deuxième heure : 46 mm,
— vingt-quatrième heure : 98 mm.

On notait toujours une légère leucopénie, une cytobactériologie des urines ne montrait aucune infection de l'appareil urinaire.

La prise de poids était constante et régulière.

Les autres examens de laboratoire demandés pour éclaircir cette histoire ne nous apportèrent aucune orientation particulière :

— réaction de Bordet-Wassermann négative,
— uricémie à 50 mg ‰,
— phosphatases acides : 2 unités Plumel,
— phosphatases alcalines : 2 unités Bodansky,
— calcémie : 106 mg ‰.

Devant l'apparition de ces douleurs lombaires, l'aspect d'épiphysite vertébrale, la leucopénie, la forme de la courbe de température, et malgré l'absence de signes positifs de mélitococcie nous pensons être en présence d'une brucellose, ou dirions-nous, d'une « para-brucellose ».

Nous instituons à ce moment un traitement antibiotique large, comprenant :

— isomiazide : 300 mg par jour,
— tétracycline : 2,50 g par jour, puis au bout de huit jours : 1 g par jour,
— sulfaméthoxypiridazine : 1 g par jour.

Au bout de douze jours, vu les signes cliniques encourageants, nous laissons sortir notre malade en lui demandant de revenir passer des radiographies et des examens biologiques à la fin de son traitement à poursuivre à domicile pendant un mois associé au repos le plus complet.

A la sortie de l'hôpital, l'état général était très satisfaisant, la température normale, les douleurs lombaires s'étaient estompées ; il ne persistait plus qu'un très léger œdème malléolaire. Le poids de 63 kg à l'entrée le 6 septembre était de 71 kg le 2 novembre.

Vitesse de sédimentation globulaire :

— première heure : 10 mm,
— deuxième heure : 29 mm,
— vingt-quatrième heure : 85 mm.

Numération formule globulaire :

— Globules rouges : 4.500.000
— Globules blancs : 5.800, dont :
  — polynucléaires neutrophiles : 70 %
  — polynucléaires éosinophiles : 3 %
  — lymphocytes : 24 %
  — monocytes : 3 %.

Monsieur Pri... revient à l'hôpital, le 10 décembre 1961, après la fin de son traitement ambulatoire, comme nous lui avions demandé.

Il nous est possible de noter à cette période : un bon état général, un léger œdème persistant au membre inférieur droit.

L'apyrexie est constante et il n'existe plus de douleurs dorso-lombaires.

L'examen radiologique ne permet pas de mettre en évidence de lésions vertébrales évolutives ; au contraire, une stabilisation des lésions antérieures est apparue.

Biologiquement, nous obtenons :

— azotémie : 0,30 g ‰ ;
— glycémie : 1,12 g ‰ ;

— ni sucre, ni albumine dans les urines, pas de pus, pas de cylindres ;
— le séro-diagnostic de Wright est toujours négatif.

Numération - formule sanguine :
— Globules rouges : 5.000.000
— Globules blancs : 6.000, dont :
— polynucléaires neutrophiles : 66 %
— polynucléaires éosinophiles : 2 %
— lymphocytes : 28 %
— monocytes : 4 %.

Notre malade sort du Service après les résultats de ces examens, emportant une ordonnance d'un composé sulfo-iodé pour lutter contre une ostéophytose réactionnelle et en promettant de revenir à la moindre reprise de ce syndrome assez mystérieux.

Depuis, les nouvelles qui nous sont parvenues sont des nouvelles de bonne santé, bien que la reprise du travail ait été autorisée.

OBSERVATION N° 2

Monsieur Dep... André est âgé de trente-trois ans lorsqu'il est hospitalisé le 11 juillet 1960. Il est célibataire et sa profession est jardinier.

L'interrogatoire ne permet pas de découvrir dans les antécédents du malade un passé pathologique notable, si ce n'est une hospitalisation de quelques jours en avril 1960, pour une douleur abdominale qui cède rapidement sans traitement, les examens entrepris étaient normaux.

Caractère important à noter : il n'y a jamais eu de douleurs osseuses dans l'enfance.

Au moment de l'hospitalisation, le malade souffrait depuis une quinzaine de jours d'une douleur de la région lombaire gauche prédominant au niveau de la charnière dorso-lombaire, douleur assez violente survenant plus particulièrement en position couchée, de durée variable, réveillant parfois le malade la nuit et l'obligeant à changer souvent de position. Cette douleur s'accompagne de brûlures épigastriques, de céphalées et de sueurs profuses non fétides.

L'état général est assez bon, l'appétit est conservé, le transit intestinal est normal.

On retrouve, à l'examen, une douleur à la pression des épineuses, la colonne dorso-lombaire est assez raide, les masses musculaires para-vertébrales sont contractées.

Cette douleur est provoquée à la pression de l'hypochondre gauche, mais l'abdomen est souple. Il n'y a pas de splénomégalie.

Les réflexes ostéo-tendineux sont normaux au niveau des membres supérieurs, exagérés aux membres inférieurs et il s'y ajoute une trépidation épileptoïde du pied droit et un signe de Babinski gauche.

On ne met en évidence aucun trouble de la sensibilité, tant profonde que superficielle.

Le reste de l'examen neurologique est négatif.

Les appareils cardiaque, rénal, hépatique sont normaux.

La courbe de la température est irrégulière, sans toutefois présenter un caractère ondulant.

Une polyadénopathie légèrement douloureuse à la palpation, faite de petits ganglions durs, mobiles, isolés les uns des autres, de la taille d'une noisette, égaux entre eux, occupe les régions axillaires et inguinales.

Les examens complémentaires nous donnaient les résultats suivants :
Azotémie : 0,25 g ‰.
Numération - formule sanguine : légère leucopénie.
Cyto-bactériologie et culot urinaire sont normaux.

Vitesse de sédimentation globulaire :
— première heure : 2 mm ;
— deuxième heure : 24 mm ;
— vingt-quatrième heure : 60 mm.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative, ainsi que l'intra-dermo-réaction à la mélitine et à la tuberculine.

Le fond d'œil est normal.

La ponction lombaire a ramené un liquide transparent, non hypertendu, contenant un élément par centimètre cube, et l'épreuve de Queckenstedt-Stookey a donné les chiffres suivants :
— au départ : 12 cm ;
— à la compression des jugulaires : 24 cm ;
— à la compression abdominale : 18 cm.

La radiographie pulmonaire montre une image thoracique normale.

Les clichés du rachis dorso-lombaire mettent en évidence de nombreuses encoches à contours relativement réguliers des plateaux de D8, D9, D10 et D11. Le corps de cette dernière vertèbre présente un tassement médian, ses plateaux sont largement érodés, les disques sont d'aspect normal.

Les radiographies de l'estomac et du duodénum ne montrent aucune image pathologique.

Le résultat de la biopsie ganglionnaire nous parvient à cette période. Voici le compte rendu de l'examen de l'histologiste : « Le ganglion lymphatique est le siège d'une réticulose qui peut être banale ou grave, qui peut appartenir à une étiologie de tout venant ou à une étiologie plus sérieuse. A la vérité, cette image un peu particulière d'adénite peut se rencontrer dans toutes les étiologies. »

Devant l'étiologie restée mystérieuse, notre thérapeutique se borne à la prescription de terramycine : 1,50 g par jour, plus ultra-levure, isoniazide et vitamine A.

Les douleurs alors régressent et, deux mois plus tard, l'aspect radiologique s'est légèrement amélioré, l'apyrexie est constante, les sueurs ont disparu, l'adénopathie a fondu.

Nous adressons alors Monsieur Dep... en cure hélio-marine, à Berck-Plage, et la lettre du médecin, contemporaine de la sortie de notre malade, nous disait (27 avril 1961) : « Nous l'avons traité par gymnastique, son état est actuellement satisfaisant et il doit pouvoir reprendre une vie normale, il n'y a pas de lésions osseuses importantes. »

Il reprend effectivement une vie normale, dont son métier de jardinier, et ceci jusqu'au mois de janvier 1962.

A cette date, il nous est de nouveau adressé par son médecin traitant car, depuis trois mois, les douleurs ont repris, la fièvre est revenue, irrégulière avec

de brusques montées à 38°5 et même 39° le soir, et une apyrexie relative le matin. Cette fièvre survient par périodes.

Cliniquement, on note une ébauche de clonus des deux côtés, plus important à droite, un signe de Babinski gauche.

De nouveaux examens de laboratoire sont demandés et amènent à ces résultats : Azotémie : 0,25 g‰.

Vitesse de sédimentation globulaire :
— première heure : 2 mm ; ;
— deuxième heure : 9 mm
— vingt-quatrième heure : 41 mm.

La cuti-réaction à la tuberculine est toujours négative.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Les tests hépatiques sont sensiblement normaux.

La numération - formule sanguine :
— Globules rouges : 3.900.000
— Globules blancs : 3.200, dont :
— polynucléaires neutrophiles : 59 %
— polynucléaires éosinophiles : 1 %
— lymphocytes : 38 %
— monocytes : 2 %.

Nous entreprenons alors un traitement par coquille plâtrée plus une anti-biothérapie large et prolongée comprenant :
— mexocine : 2 comprimés matin et soir ;
— pénicilline : 1 million d'unités ;
— streptomycine : 1 g.

Pénicilline et streptomycine seront remplacés au bout de vingt-cinq jours par deux injections quotidiennes de pénétracyne 500. Ce traitement sera poursuivi pendant trente-cinq jours, temps au bout duquel la vitesse de sédimentation sera :
— première heure : 8 mm ;
— deuxième heure : 23 mm ;
— vingt-quatrième heure : 70 mm.

Le culot urinaire est normal, la numération - formule sanguine aux chiffres suivants :
— Globules rouges : 4.600.000
— Globules blancs : 6.300, dont :
— polynucléaires neutrophiles : 60 %
— polynucléaires éosinophiles : 7 %
— lymphocytes : 27 %
— monocytes : 6 %.

La tension artérielle est à 13-7 et la courbe de température normale.

Nous ne laissons plus alors comme thérapeutique que 2 comprimés × 2 de véganine par jour, que nous arrêtons bientôt.

Pendant un mois et demi sans aucune thérapeutique, sinon des massages et le repos en coquille plâtrée, Monsieur Dep... ne se plaint plus et les examens biologiques répétés sont normaux.

Nous décidons d'adresser de nouveau notre patient en cure et nous l'envoyons à Roscoff (Finistère) où, du 23 mai au 21 août 1962, il suivit un traitement de rééducation vertébrale comportant :

— immersion en piscine d'eau de mer chaude ;
— exercices en hyper-extension dorsale en piscine ;
— exercices de gymnastique en cyphose lombaire en piscine ;
— rotation symétrique au tourniquet en piscine.

A sa sortie de Roscoff, le malade affirma que ses douleurs dorsales et lombaires ont disparu, mais il persistait une légère cervicalgie.

Notre confrère espérait alors que son état analgésique, somme toute satisfaisant, se maintiendrait ; espoir réalisé, car Monsieur Dep..., avec le port d'un lumbostat et un reclassement professionnel, mène actuellement une vie normale, sans souffrir ; les lésions vertébrales sont stabilisées et les examens biologiques normaux.

OBSERVATION N° 3

Monsieur Lef... Raymond est âgé de trente-sept ans, chauffeur de camion, célibataire, lors de son hospitalisation par son médecin traitant le 23 juin 1961.

Il est hospitalisé pour une douleur constante et pénible de type sciatique, localisée au membre inférieur droit.

Les irradiations douloureuses, à point de départ lombaire, suivent le trajet se faisant par la région fessière, la face postérieure de la cuisse, la face postérieure de la jambe, mais n'atteignent pas le pied.

Cet état est apparu sans facteur déclenchant notable, le 17 juin, à midi, et oblige alors le malade à s'aliter.

Il se traite alors seul par des frictions et des cachets de gandol.

A ce moment, il n'existe pas de fièvre.

Le lundi suivant, la douleur étant toujours présente et tout aussi aiguë, il consulte un médecin et reçoit pour son état des suppositoires et des pilules dont la nature n'a pu être précisée, associés à un régime sans sel.

Puis, le jeudi 22 juin, dans l'après-midi, une rétention aiguë d'urines fait son apparition, tandis que la douleur à ce moment n'irradie plus dans la cuisse et la face postérieure de jambe droite, mais semble se localiser à la fosse lombaire droite ; une sonde est mise alors en place.

C'est ainsi que Monsieur Lef... nous est adressé.

Dans les antécédents du malade, on note que vingt ans auparavant, à l'occasion d'une affection qui l'oblige à prendre le lit, une rétention d'urines est apparue au bout de quelques jours. Le malade a alors été sondé, puis quelques

jours plus tars, s'étant levé, l'état clinique s'améliorant, son exonération urinaire et intestinale se rétablit normalement.

Depuis cette période, il ne s'est présenté aucun autre accident de ce type et aucune atteinte pathologique est restée dans les souvenirs de notre malade.

L'examen clinique d'entrée montrait une impossibilité absolue d'uriner, associée à un globe vésical avec des sensations douloureuses extrêmement vives et de l'agitation, donc une rétention complète aiguë patente. Une lombalgie constante et vive bilatérale à prédominance droite s'accompagnant d'un signe de Lasègue à 80°, à droite également.

De plus, on notait une anesthésie en selle, une courbe de température irrégulière, des réflexes ostéo-tendineux normaux, un réflexe cutané plantaire en flexion.

Les réflexes crémastérien et cutanés abdominaux étaient présents, ainsi que le réflexe photo-moteur.

Un léger tremblement des extrémités, quelques crampes nocturnes dont l'origine semble remonter très loin, paraissent liés à un abus de cidre et de vin.

Il n'y a guère d'autres signes positifs à l'examen général en dehors de ceux cités plus haut.

Au point de vue biologique, on note :
Azotémie : 0,30 g ‰.
Glycémie : 0,96 g ‰.

Vitesse de sédimentation globulaire :
— première heure : 2 mm ;
— deuxième heure : 8 mm ;
— vingt-quatrième heure : 44 mm.

Tension artérielle : 16-6.

Ni sucre, ni albumine dans les urines ; le culot urinaire et la cyto-bactériologie urinaire sont normaux.

Le séro-diagnostic de Wright et l'intra-dermo-réaction à la mélitine sont négatifs.

Les phosphatases acides titrent 8 unités Plumel.

Le taux d'haptoglobine est de 2.

La numération - formule sanguine montre :

— Globules rouges : 4.200.000
— Globules blancs : 10.400, dont :
  — polynucléaires neutrophiles : 80 %
  — polynucléaires éosinophiles : 2 %
  — lymphocytes : 14 %
  — monocytes : 4 %.

Une ponction lombaire a été pratiquée et mettait en évidence :

— 1 élément par mm^3, cet élément étant un lymphocyte ;
— un liquide limpide ;
— albumine à 0,25 g ‰ ;
— chlorures (en ClNa ‰) : 7,25 g ‰ ;
— la culture sur ascite reste négative ;
— une floculation dans la zone normale à la réaction au benjoin colloïdal.

La sérologie du liquide céphalo-rachidien était la suivante :

— Demanche : H8 ;
— Kahn standard : négatif.

La radiologie du rachis visualisait un pincement postérieur des disques L4-L5, L5-S1 ; une arthrose lombaire diffuse et de multiples érosions sur les plateaux lombaires, surtout au niveau des vertèbres L1, L2, L3, L5, un léger glissement antérieur de la cinquième vertèbre lombaire.

Il est alors institué à notre malade un traitement comprenant :

— vitaminothérapie B1-B6 ;
— des antispasmodiques ;
— du cortancyl ;

auquel il est ajouté une antibiothérapie large faite de :

— pénicilline ;
— streptomycine ;
— tifomycine ;
— plus des injections épidurales de xylocaïne-hydrocortancyl.

Au bout de trois semaines de ce traitement, les douleurs lombaires ont disparu, l'anesthésie en selle présente à l'entrée semble régresser, la température est normale, ainsi que la numération - formule sanguine.

La vitesse de sédimentation globulaire est à :

— première heure : 4 mm ;

— deuxième heure : 14 mm ;

— vingt-quatrième heure : 65 mm.

Mais la thérapeutique semble avoir été un échec sur la rétention d'urines ; en effet, celle-ci réapparaît à chaque tentative d'enlèvement de la sonde.

Nous adressions alors notre malade dans un service de rhumatologie, en consultation, et l'on nous répondait qu'il existait une aréflexie tendineuse droite et des troubles de la sensibilité au niveau de la selle et dans le territoire des dernières paires sacrées. Les radiographies vertébrales accompagnant le malade ; n'ayant pas permis de s'orienter sur une étiologie précise, on nous conseilla de poursuivre les antispasmodiques et les antibiotiques, et de les tenir au courant de la rétention urinaire.

Le 7 août 1961, nous pouvions réenvoyer notre malade en consultation dans le même service parisien, en signalant que sa rétention n'existait plus depuis une semaine.

Il nous était alors répondu que les troubles sphinctériens ayant disparu, les douleurs s'étant considérablement améliorées, il n'y avait pas lieu actuellement de faire d'autres investigations, qu'il fallait conseiller à Monsieur Lef... d'éviter les efforts violents et, seulement qu'en cas de récidive des douleurs, une conduite nouvelle serait à envisager.

A cette période, nous laissions donc sortir de l'hôpital notre malade auquel nous prescrivons :

— Le repos le plus absolu, une antibiothérapie large, constante, mais maintenant à dose d'entretien, et en le priant de revenir nous voir en novembre 1961, et bien entendu avant, si besoin était.

Le 26 octobre, il revient donc consulter afin d'être examiné d'une manière complète.

L'état général est très satisfaisant, l'apyrexie est de règle, on ne note plus de douleurs lombaires, le poids est de 84,500 kg (il était de 80 kg lors de la première hospitalisation).

L'examen urinaire est normal. la tension artérielle à 13-7.

Une numération - formule sanguine est pratiquée :

— Globules rouges : 4.100.000

— Globules blancs : 7.100, dont :

— polynucléaires neutrophiles : 70 %

— polynucléaires éosinophiles : 1 %

— lymphocytes : 20 %

— monocytes : 8 %.

Nous renvoyons alors notre malade en consultation de rhumatologie et l'on nous répond :

« Monsieur Lef... va bien et je ne retrouve à l'examen que le réflexe achilléen droit est un peu plus faible que le gauche, aucune douleur à la palpation du rachis qui reste cependant un peu raide dans la région lombaire basse, le toucher rectal est normal.

« Je pense que pour tirer au clair ces images de soustraction du plateau vertébral, il faut faire de nouvelles tomographies et mesurer la vitesse de sédimentation globulaire. »

Ainsi fut fait, et les résultats obtenus étaient très satisfaisants, comme on va le voir.

Vitesse de sédimentation globulaire :
- — première heure : 6 mm ;
- — deuxième heure : 23 mm ;
- — vingt-quatrième heure : 74 mm.

Uricémie : 52 mg ‰.

Les tomographies montrent une stabilisation des lésions.

Nous baissons alors progressivement le cortancyl ainsi que la tétracycline, ceci pendant huit jours, au bout desquels Monsieur Lef... pourra sortir du Service.

Depuis, son état très satisfaisant et ses lésions vertébrales stabilisées lui permettent de mener une vie tout à fait normale.

OBSERVATION N° 4

Monsieur Ray... Adrien, âgé de quarante-sept ans, ouvrier agricole de profession, est hospitalisé le 11 juin 1961 pour douleurs lombaires.

Dans les antécédents du malade, on retrouve :
- — une pleurésie pendant la captivité en Allemagne ;
- — un eczéma poplité en 1949, traité à l'Hôpital Saint-Louis ;
- — un accident de moto en 1950 (accrochage par une voiture), n'ayant pas entraîné d'hospitalisation ni de soins particuliers ; si ce n'est un lumbago traité à l'Hôpital de Longjumeau, en 1954, le malade ne s'est jamais plaint de sa région lombaire.

Le début de ses douleurs remonte à trois jours.

A cette date, Monsieur Ray... ressent un craquement au niveau de son rachis et se trouve dans l'impossibilité de se mouvoir dans son lit, de marcher.

A l'entrée dans le Service, l'état général est assez bon, mais la marche est très difficile et douloureuse, le poids est de 60 kg.

Le malade accuse une douleur spontanée, bilatérale en ceinture, constante, sans paroxysme, lors de la toux ou de la défécation.

L'examen pratiqué montre une douleur provoquée à la palpation de la cinquième vertèbre lombaire, douleur également retrouvée, bien que beaucoup moins vive, au niveau des dernières vertèbres dorsales.

Le réflexe rotulien droit est présent, le gauche est atténué ; les réflexes achilléens ne sont pas retrouvés.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion, le photo-moteur est présent.

On peut encore mettre en évidence un signe de Lasègue à 80°, à gauche.

Le malade se plaint encore de douleurs épigastriques à type de torsion, sans aucun horaire précis, sans aucun rapport avec les repas, sans vomissements, et de sueurs profuses à prédominance nocturne.

La courbe de température est irrégulière, sans caractère particulier, ne dépassant guère 38° au maximum.

Le reste de l'examen général est négatif :

Appareil pulmonaire normal, le cœur est régulier, les bruits bien frappés, le pouls bat à 70 pulsations par minute, la tension artérielle est à 15-7. L'abdomen est souple, il n'existe ni hépatomégalie, ni splénomégalie, le transit intestinal est normal.

Il a été, bien sûr, fait appel au laboratoire qui nous fournit ces données :

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le culot urinaire est normal.

Le taux d'urée est à 0,30 g ‰.

Numération - formule sanguine :

- — Globules rouges : 4.200.000
- — Globules blancs : 6.400, dont :
  - — polynucléaires neutrophiles : 54 %
  - — polynucléaires éosinophiles : 5 %
  - — lymphocytes : 36 %
  - — monocytes : 5 %.

La vitesse de sédimentation globulaire est de :

- — première heure : 10 mm ;
- — deuxième heure : 30 mm ;
- — vingt-quatrième heure : 80 mm.

Le séro-diagnostic de Wright est négatif, ainsi que l'intra-dermo-réaction à la mélitine.

Indice d'haptoglobine : 1,25.

Notre malade est mis alors à la lobarthrose et aux vitamines de groupe B1-B6, en attendant les radiographies dont voici le résultat :

Examen radiologique des poumons : « Aspect de sclérose pulmonaire diffuse, bilatérale ; le cœur est légèrement augmenté de volume ; l'aorte est d'aspect normal ; les sinus costo-diaphragmatiques sont libres. »

Examen radiologique de la colonne dorsale : « On note une cypho-scoliosq (la scoliose est à concavité gauche). Sur le cliché de profil, on note une ostéophytose antérieure des derniers corps vertébraux dorsaux et un léger tassement antérieur des corps de D9 et D12, et une profonde empreinte sur le plateau supérieur de D9. »

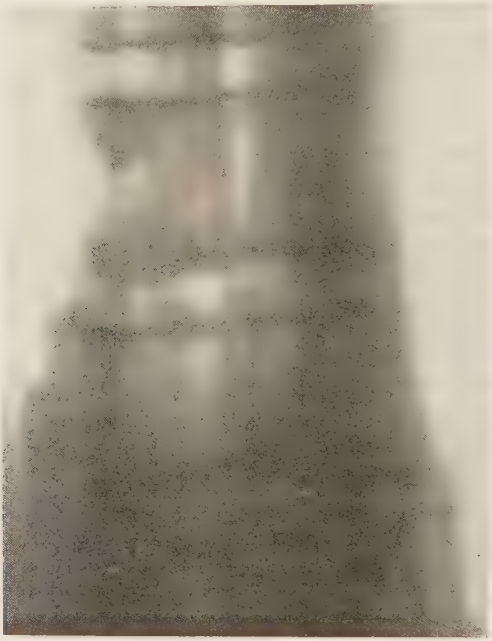
Examen radiologique de la colonne lombaire et de la charnière lombo-sacrée : « Scoliose dorso-lombaire à concavité gauche et aspect d'arthrose lombaire intéressant essentiellement L1, L2, ainsi que D12 qui présente un tassement antérieur. On note des remaniements osseux de type géodique dans la portion antérieure du corps de ces vertèbres. »

Les tomographies du rachis dorso-lombaire, outre l'ostéophytose, indiquent plusieurs petites encoches à contours réguliers au niveau des plateaux inférieurs de D10 et D11.

Au niveau de D9, on note une dépression du plateau supérieur de ce corps vertébral, son contour est irrégulier, présente plusieurs encoches entourées de zones de condensation osseuse.

Au niveau de D12, on distingue une large bande de raréfaction osseuse intéressant la partie antérieure du corps vertébral.

Les disques ne sont pas pincés.



Nous décidons alors de mettre notre malade à une antibiothérapie large qui nous avait donné de bons résultats dans des cas semblables, et il reçoit à cet effet :

— sultirène ;
— isoniazide ;
— pénicilline ;
— streptomycine ;
— tétracycline.

Ce traitement sera poursuivi deux mois en baissant progressivement les doses. Sous l'influence de cette thérapeutique, les douleurs spontanées et provoquées disparaissent, bien que l'examen neurologique montre toujours l'abolition des réflexes achilléens et l'atténuation du rotulien gauche.

La courbe de la température se maintient constamment à la normale. La vitesse de sédimentation globulaire est à cette période de :

— première heure : 10 mm ;
— deuxième heure : 21 mm ;
— vingt-quatrième heure : 78 mm.

Le séro-diagnostic de Wright est toujours négatif.

Numération - formule sanguine :

— Globules rouges : 4.100.000
— Globules blancs : 7.200, dont :
  — polynucléaires neutrophiles : 65 %
  — polynucléaires éosinophiles : 5 %
  — lymphocytes : 26 %
  — monocytes : 4 %

L'appétit est excellent, la prise de poids est régulière (70 kg à ce moment), il n'y a plus de sueurs nocturnes, la marche se fait d'une façon satisfaisante.

Les contrôles radiologiques du mois de septembre montrent la disparition des encoches des plateaux vertébraux et des remaniements osseux de type géodique · il persiste l'ostéophytose des derniers corps vertébraux dorsaux et un affaissement de D8.

Nous décidons d'envoyer en post-cure à Berck, notre malade pour recevoir un traitement physiothérapique.

Il y est reçu le 25 septembre 1961 et en sort en décembre 1961. Le médecin traitant de Berck nous disait alors :

« L'état de santé de Monsieur Ray... est satisfaisant. Il a grossi de 3 kg. La vitesse de sédimentation reste normale et il ne souffre pas.

« Les radiographies ne montrent aucune évolution des lésions osseuses et le diagnostic étiologique de ces lésions reste toujours inconnu. »

OBSERVATION N° 5

Madame Gue... Renée, âgée de trente-six ans, entre dans le Service le 23 juin 1961 pour :

— des douleurs permanentes, diffuses, de la fosse iliaque droite ;
— et une augmentation du volume de l'abdomen.

L'interrogatoire ne met rien de notable en évidence dans les antécédents lointains de notre malade :

— jamais de maladies importantes ;
— appendicectomie à l'âge de dix-huit ans.

Madame Gue... a six enfants âgés respectivement de treize ans, neuf ans, sept ans, six ans et un an. Tous sont en bonne santé.

Les six grossesses se sont déroulées normalement, les accouchements et la délivrance se sont passés parfaitement.

Elle n'a jamais présenté d'albuminurie, ni d'hypertension artérielle.

Les antécédents proches sont plus intéressants.

En effet, on note un avortement spontané, le premier, à la fin du mois de mars, à trois mois. Un mois après cette fausse-couche, les règles réapparaissent en même temps que la fosse iliaque droite devient douloureuse et le ventre ballonné. De nouvelles menstruations ont lieu les 25 mai et 25 juin, durant huit jours, non douloureuses, assez abondantes.

A l'entrée dans le Service, l'abdomen est manifestement distendu par une ascite de moyenne abondance ; on retrouve une légère douleur réveillée par la palpation du flanc droit.

La température est irrégulière mais ne dépasse pas 38°5 au maximum.

La malade semble amaigrie et elle nous dit qu'effectivement elle a perdu quelques kilogrammes depuis trois mois.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive. L'examen gynécologique pratiqué après ponction d'ascite montre un utérus un peu gros, congestif, des annexes ptosées.

Par ailleurs, l'examen général ne nous apporte aucun autre signe positif.

Les examens de laboratoire sont les suivants :

Numération - formule sanguine :

- — Globules rouges : 4.200 000
- — Globules blancs : 3.250, dont :
  - — polynucléaires neutrophiles : 71 %
  - — polynucléaires éosinophiles : 5 %
  - — lymphocytes : 21 %
  - — monocytes : 3 %.

Vitesse de sédimentation globulaire :

- — première heure : 63 mm ;
- — deuxième heure : 95 mm ;
- — vingt-quatrième heure : 125 mm.

Cyto-bactériologie urinaire : pas de pus, pas de cylindres, pas de cristaux. Les cultures sont négatives, il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Azotémie : 0,30 g ‰.

Tests hépatiques non perturbés.

Fond d'œil normal, de même que le transit intestinal, les radiographies et tomographies pulmonaires.

Résultat du prélèvement vaginal :

- — très nombreux polynucléaires ;
- — quelques cellules épithéliales ;
- — très nombreux *Trichomonas vaginalis ;*
- — flore abondante à prédominance de bacilles Gram négatif du type colibacille et coccis prenant le Gram ;
- — recherche de B.K. négative.

Selles : recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants : négative.

L'analyse du liquide d'ascite est celle-ci :

— liquide séro-fibrineux ;
— réaction de Rivalta positive ;
— albumine : 68 g ‰ ;
— très nombreux éléments cellulaires :
  — cellules endothéliales : 30 % ;
  — lymphocytes : 70 % ;
— absence de B.K. à l'examen direct ;
— cultures usuelles négatives.

Devant ce tableau clinique et malgré les signes négatifs importants, nous entreprenons pour Madame Gue... un traitement associant streptomycine, isoniazide, trécator, en attendant impatiemment les résultats de la culture sur milieu de Loewenstein et de l'inoculation au cobaye.

Nous en étions là du traitement, l'ascite ne s'était pas reproduite après l'évacuation, l'apyrexie n'était pas obtenue quand la malade s'est plainte de douleurs vives à topographie assez imprécise : localisation de la douleur au niveau de l'hypochondre gauche, juste sous les côtes et surtout para-vertébrales gauches sur la hauteur du segment vertébral limité par la dixième vertèbre dorsale et

la deuxième vertèbre lombaire. Ces douleurs sont spontanées, elles ne sont pas déclenchées par la palpation, elles surviennent « en éclair » lors des efforts de toux, de rire.

On fait alors un cliché de la colonne dorso-lombaire qui montre des images suspectes sur lesquelles des tomographies sont centrées qui nous matérialisent de nombreuses petites érosions sur les coupes pratiquées à 13 et 14 cm du plan axillaire gauche, au niveau des plateaux de D8 et D9, et surtout du plateau inférieur de D8 et du plateau supérieur de D9.

Quelques érosions moins nettes sont visibles au niveau du plateau inférieur de D7. Le disque D7-D8 est légèrement pincé.

La vitesse de sédimentation n'avait guère diminué, la leucopénie existait toujours. Le séro-diagnostic de Wright et l'intra-dermo-réaction à la mélitine étaient négatifs.

Nous ajoutons alors à l'antibiothérapie instituée, afin d'élargir l'action de celle-ci de la terramycine, et progressivement nous obtenons l'apyrexie recherchée. La vitesse de sédimentation globulaire revient à 15 mm à la première heure, 40 à la seconde et 92 à la vingt-quatrième, puis à 10 à la première, la seconde étant à 29 et la vingt-quatrième à 85 mm.

La numération - formule se normalise. Les douleurs ont disparu.

Au mois de septembre, Madame Gue... quitte le Service en bon état général. Nous lui laissons par prudence un traitement par streptomycine, isoniazide, trécator à continuer à son domicile.

Au mois de novembre, notre malade est de nouveau hospitalisée, car elle présente des règles très irrégulières, peu abondantes, et l'examen montre une tumeur médiane, du volume d'un pamplemousse, solidaire des mouvements du col utérin.

Pour trancher ce nouveau problème, nous décidons de faire pratiquer une réaction de Friedmann sur deux animaux et, devant la négativité de ces réactions, de procéder alors à une cœlioscopie le 24 novembre 1961.

L'examen direct du petit bassin amenait les conclusions suivantes :

— l'utérus était un peu gros, dévié à droite, de situation postérieure ;
— les annexes droites étaient ptosées, adhérentes ;
— à gauche, on remarquait un kyste de l'ovaire de la grosseur d'une orange, bleuté, adhérant à l'utérus ;
— le côlon sigmoïde étant plaqué sur la face postérieure du kyste.

Les résultats de la culture sur milieu de Loewenstein et de l'autopsie du cobaye inoculé le 27 juin 1961, nous arrivent à cette période : culture négative ; cobaye indemne de toute lésion tuberculeuse.

A ce moment, les autres examens de laboratoire sont normaux.

Madame Gue... est transférée dans le Service de Chirurgie de l'Hôpital, et voici le résultat anatomo-pathologique des pièces prélevées :

« Nous trouvons dans l'exocol, dans l'endocol, dans le myomètre utérin et dans la structure ovarienne un aspect dystrophique sans signe de malignité et sans signe de tuberculose.

« La trompe de Fallope présente une salpingite cloisonnante, sans follicules tuberculeux et sans nécrose caséeuse. »

Les suites opératoires furent excellentes. Notre malade est sortie le 22 décembre 1961, et avec un an de recul, nous pouvons dire que son état est satisfaisant, malgré une maladie qui n'a pas fait sa preuve étiologique et où, dans un ensemble complexe, nous avons retrouvé des signes connus d'un syndrome qui s'est présenté quelquefois à nous et où une antibiothérapie large amenait la sédation des troubles.

OBSERVATION N° 6

Madame Arn... Marie est une paysanne briarde âgée de cinquante-trois ans. Elle est hospitalisée le 1er septembre 1959 pour un syndrome constitué des symptômes suivants :

— une température irrégulière persistant depuis deux mois ;
— des douleurs lombaires d'apparition plus récente, mais de plus en plus pénibles.

Le début de la maladie remonte en effet au mois de juin par une température à 40°, des sueurs profuses et fétides à prédominance nocturne, des frissons. La malade alors s'alite, mais ne consulte pas de médecin.

Depuis cette date, il persiste une température irrégulière ne dépassant pas 38°, 38°5 de maximum, les sueurs existent toujours mais ont diminué d'abondance ; et peu à peu est apparue une douleur lombaire constante gênant la malade dans ses mouvements, exagérée dans la position couchée, n'irradiant pas dans les membres inférieurs.

C'est la persistance de ces signes cliniques qui force Madame Arn... à consulter à l'hôpital où il est décidé de l'hospitalisation pour pratiquer des examens complémentaires.

L'étude des antécédents pathologiques n'apporte rien de notable.

L'examen d'entrée permet de retrouver une douleur lombaire spontanée et provoquée par la palpation de la charnière dorso-lombaire, une rigidité de cette partie rachidienne avec une contracture des muscles des gouttières para-vertébrales.

La courbe de la température décrit un tracé irrégulier ; les sueurs sont toujours présentes.

Un symptôme découvert par la palpation de l'abdomen nous semble alors d'un gros apport diagnostique : c'est une légère splénomégalie.

Au point de vue neurologique, on notait que les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs aux membres inférieurs ; un signe de Babinski existait à gauche.

La marche était très difficile à obtenir, se faisant à petits pas prudents, gênée par la douleur.

Le laboratoire donnait les résultats suivants :

Numération - formule sanguine :

— Globules rouges : 4.100.000
— Globules blancs : 4.000, dont :

— polynucléaires neutrophiles : 60 %
— polynucléaires éosinophiles : 1 %
— lymphocytes : 36 %
— monocytes : 3 %.

Cyto-bactériologie urinaire :
— nombreuses cellules épithéliales ;
— quelques leucocytes ;
— nombreux cristaux d'oxalate de calcium ;
— pas de cylindres ;
— pas de pus.

L'azotémie est à un taux de 0,25 g ‰.

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde est négatif, ainsi que le séro-diagnostic de Wright et l'intra-dermo-réaction à la mélitine.

La vitesse de sédimentation globulaire est :
— à la première heure : 12 mm ;
— à la deuxième heure : 26 mm ;
— à la vingt-quatrième heure : 63 mm.

Le fond d'œil est normal et l'analyse du liquide céphalo-rachidien est la suivante :
— liquide limpide, non hypertendu ;
— 6 éléments par mm^3 ; lymphocytes : 70 % ; polynucléaires : 30 % ;
— albumine : 0,50 g ‰ ;
— sucre : 0,60 g ‰ ;
— chlorures (en ClNa) : 7,37 g ‰ ;
— réaction de Kahn standard : négative ;
— réaction au benjoin colloïdal : floculation normale.

L'image radiologique de la région dorso-lombaire met en évidence les signes suivants : les plateaux vertébraux de D9, D10, L2 sont le siège d'une érosion, les disques correspondants ne semblent pas pincés.

Devant ce syndrome infectieux évoquant une brucellose et bien que certaines réactions spécifiques soient négatives, Madame Arn... reçoit pendant quinze jours, dans le Service, une antibiothérapie à large spectre : pénicilline, un million d'unités par jour ; terramycine : 1 g par jour.

A la fin de ce traitement, la malade est apyrétique, ne transpire plus, les douleurs lombaires se sont estompées, il n'y a plus de splénomégalie et la formule sanguine revient à la normale.

Madame Arn... est alors autorisée à quitter le Service avec une ordonnance prescrivant les mêmes produits pour une cure de trois semaines, et doit revenir au bout de ce temps en consultation à l'hôpital pour juger des résultats. Trois semaines plus tard, l'état de notre malade est celui-ci :

Apyrexie totale, plus de douleurs lombaires, état général satisfaisant, la marche est redevenu possible, le signe de Babinski a disparu. Il persiste seulement des réflexes ostéotendineux vifs aux deux membres inférieurs.

Le traitement est alors interrompu et, lors des visites ultérieures, l'état général a persisté à être bon et les radiographies vertébrales ne montraient aucune évolution des lésions.

OBSERVATION N° 7

Monsieur Mar... Paul, âgé de quarante-deux ans, ouvrier d'usine, est hospitalisé le 7 mai 1962, venant de la consultation de l'hôpital où il était venu se faire examiner pour des fibrillations musculaires siégeant au niveau des mollets.

Ces fibrillations prédominent surtout sur le mollet gauche, elles surviennent au repos mais ont leur fréquence augmentée par l'effort.

Celles-ci ne s'accompagnant pas d'amyotrophie, sont apparues depuis une quinzaine de jours ; elles peuvent être reproduites par une chiquenaude appliquée sur les masses musculaires des deux jambes.

S'associent à cet état : une fièvre légère à 38° de maximum, des douleurs lombaires vives sans irradiations rendant le travail pénible et parfois mal supporté, obligeant le malade à s'asseoir.

On note de plus, à la marche, une sensation de crampe très vive au niveau du mollet, Monsieur Mar... devant arrêter son effort.

Cette crampe est indépendante de la longueur du trajet parcouru et est assez variable dans le temps.

Les artères battent bien sur tout leur trajet et les oscillations prises à l'appareil de Pachon ne montrent aucune trouble de la perméabilité vasculaire.

La tension artérielle est à 14-8 ; le pouls bat régulièrement à 80 pulsations par minute.

On note un léger œdème bi-malléolaire, des réflexes ostéo-tendineux un peu vifs aux membres inférieurs. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à droit, il est indifférent à gauche.

Le reste de l'examen n'apporte rien de positif, pas plus que l'étude des antécédents.

Les examens de laboratoire n'amèneront guère de renseignements de grande valeur.

On retiendra simplement :

Numération - formule sanguine :

- — Globules rouges : 4.700.000
- — Globules blancs : 5.000, dont :
  - — polynucléaires neutrophiles : 60 %
  - — polynucléaires éosinophiles : 2 %
  - — polynucléaires basophiles : 1 %
  - — lymphocytes : 36 %
  - — monocytes : 1 %.

Urée sanguine : 0,20 g par litre. Phosphatases acides : 6 unités Plumel.

Phosphatases alcalines : 1 unité Bodansky.

Séro-diagnostic de Wright négatif.

Vitesse de sédimentation globulaire :

- — première heure : 12 mm ;
- — deuxième heure : 32 mm ;
- — vingt-quatrième heure : 97 mm.

L'examen électrique des nerfs et des muscles des membres inférieurs est celui-ci :

« On note une hyperexcitabilité aux deux modes de courant et surtout au galvanique au niveau des nerfs et des muscles.

« L'examen aux points moteurs et au seuil ne met en évidence aucune modification qualitative de la réponse électrique des muscles et, en particulier, aucune réaction de ralentissement, aucune inversion non plus de la formule polaire. »

Le fond d'œil est normal et la ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien dont voici les caractères :

— liquide clair ;
— 1 élément par mm^3, cet élément étant un lymphocyte ;
— albumine : 0,30 g ‰ ;
— chlorures : 7,48 g ‰ en ClNa ;
— benjoin colloïdal : floculation normale ;
— réaction de Bordet-Wassermann antigène Reiter : négative ;
— réaction de Bordet-Wassermann Kolmer : négative ;
— immobilisation spécifique : 0 % ;
— absence de germes ;
— culture sur bouillon ascite : négative.

L'examen radiologique de la colonne dorsale et lombaire montre une accentuation de l'ensellure lombaire, l'alignement vertébral est normal. Il existe, au niveau de la partie antérieure du plateau inférieur de D12 et de la partie antérieure du plateau intérieur de L5, des images d'érosion. Les disques sont d'aspect normaux.

La thérapeutique entreprise est ici encore une antibiothérapie large suivant la même conduite que précédemment et le résultat est très vite favorable. Monsieur Mar... a pu sortir, comme il en exprimait le désir, au bout d'une semaine en continuant son traitement à domicile et sous surveillance de son médecin traitant.

Depuis, il a repris son travail et son état général est bon.

OBSERVATION N° 8

Monsieur Jean Mar..., âgé de quarante-cinq ans, employé agricole de profession, vient en consultation à l'hôpital pour douleurs lombaires, en octobre 1961.

Sans prodromes et sans signes cliniques associés, cette douleur prédominant au niveau de la charnière dorso-lombaire s'est installée depuis une dizaine de jours. Elle est permanente, tolérable, sans aucun paroxysme lors de l'activité du malade, gênant modérément son travail, ayant parfois une irradiation thoraco-abdominale en hémi-ceinture.

Outre une raideur assez nette de la charnière dorso-lombaire gênant la flexion et l'extension du tronc, l'examen général ne permet pas de relever d'autres signes.

Surtout, au point de vue nerveux, les réflexes sont normaux, la force musculaire segmentaire est intacte, il n'y a ni troubles sensitifs, ni troubles moteurs.

Contrairement à certains de nos autres malades, il n'existe pas de sueurs, pas de température, pas d'amaigrissement.

Les aires ganglionnaires sont libres.

Il est alors demandé différents examens dont voici les résultats :

Numération - formule sanguine :

- — Globules rouges : 4.300.000
- — Globules blancs : 6.000, dont :
  - — polynucléaires neutrophiles : 64 %
  - — polynucléaires éosinophiles : 1 %
  - — lymphocytes : 31 %
  - — monocytes : 4 %.

Vitesse de sédimentation globulaire :

- — première heure : 5 mm ;
- — deuxième heure : 8 mm ;
- — vingt-quatrième heure : 16 mm.

La radiographie, centrée sur D11-D12, amène à la constatation suivante : il existe une image de pincement du disque D11-D12 dans sa totalité, avec une irrégularité des plateaux des corps vertébraux.

Les tomographies confirment cet aspect.

D'autres investigations sont entreprises :

— indice d'haptoglobine qui se chiffre à 4,5 ;
— analyse d'urines normale ;
— phosphatases alcalines dont le résultat en unités Bodansky est de 5,2 ;
— la calcémie est, elle, à 0,097 ‰.

Nous suspectons alors Monsieur Mar... de présenter une spondylite que l'on peut rapprocher de ce syndrome si particulier qu'il nous a été amené à rencontrer, et la thérapeutique prescrite sera une copie fidèle de celle instituée à nos précédents malades.

Les contrôles faits à distance de l'accident initial, tant cliniques que biologiques et radiologiques, nous ont montré une évolution favorable qui a amené la reprise du travail deux mois après le début des soins.

OBSERVATION N° 9

Monsieur Ber... Louis est âgé de cinquante et un ans, célibataire, originaire de Bretagne.

Sa profession de poseur de canalisations l'amène à travailler durant de longs mois dans la vallée du Petit-Morin pendant la période estivale, et de s'occuper l'hiver de l'entretien des bêtes dans une ferme, en contre-partie de l'hébergement et de la nourriture.

Il est adressé dans le Service le 13 février 1963 par son médecin traitant pour lombalgies.

Histoire de la maladie : bien que son métier de poseur de canalisations paraisse pénible, notre malade ne s'est jamais plaint de douleurs lombaires lors de ses déplacements précédents.

Sa maladie débute, après quelque temps passé dans la vallée du Petit-Morin, en décembre 1962, par des douleurs lombaires, vives, permanentes et localisées au niveau de la région lombo-sacrée, avec des irradiations fessières et abdominales.

Ces douleurs ne sont pas exagérées par la toux ou la défécation, mais elles imposent au malade une impossibilité à se pencher en avant. Des sueurs légères de localisation frontale et jambière, surtout vespérales, s'associent à cet état.

Bien qu'il n'ait jamais pris sa température pendant toute cette période, Monsieur Ber... ne pense pas avoir eu de fièvre.

L'appétit était conservé, l'alimentation prise sur les lieux du travail lui semblant même insuffisante ; cependant un amaigrissement léger mais progressif était apparu.

Il continue son travail jusqu'au 29 janvier 1963, date à laquelle il consulte et reçoit un traitement par :

— lobarthrose ;

— névriton.

A la fin du traitement prescrit, comme il n'est constaté aucune amélioration, il est alors décidé de l'hospitalisation.

L'examen d'entrée nous montre un malade assez asthénique, à l'habitus, caractéristique de l'intoxication alcoolique.

La démarche est prudente, des positions antalgiques sont constamment recherchées lorsque le malade s'assied ou se couche.

La raideur lombaire est importante, gênant l'amplitude des mouvements de flexion-extension du plan du rachis.

La pression des apophyses épineuses des vertèbres lombaires est douloureuse dans la région intéressant L1-L2-L3 et provoque des douleurs en demi-ceinture. L'étude des différents autres appareils n'apporte guère de signes cliniques marquants.

Les bruits du cœur sont nets et réguliers ; le pouls bat à 80 pulsations par minute. La tension artérielle est et restera stable à 13-8.

Les battements artériels sont perçus sur tout le trajet des vaisseaux.

L'appareil pulmonaire est normal, comme viendra le confirmer la radiographie pratiquée, afin d'éliminer une localisation secondaire d'une tuberculose pulmonaire évolutive.

L'abdomen est souple, le transit intestinal est régulier, il n'existe ni constipation, ni diarrhée, on ne note pas de splénomégalie.

Une hépatomégalie ferme et sensible, débordant de deux travers de doigt le gril costal, est mise en évidence, vraisemblablement en rapport avec l'intoxication éthylique.

Au point de vue système génito-urinaire, il n'y a pas de douleurs à la miction, mais le malade est assez fréquemment obligé de se lever plusieurs fois par nuit, bien que le toucher rectal montre une prostate de volume et de consistance normale.

De plus, l'étude du système nerveux n'extériorise aucun trouble sensitif, ni moteur.

Il n'y a pas de diminution de la force musculaire segmentaire. Les réflexes rotuliens sont présents bien qu'affaiblis, les réflexes achilléens ne sont pas retrouvés, ainsi que les réflexes ostéo-tendineux des deux membres supérieurs. Le cutané plantaire se fait en flexion.

On ne peut mettre en évidence de signe de Lasègue. Il existe quelques erreurs légères dans la reconnaissance des objets.

L'étude des antécédents personnels de notre malade ne nous apporte rien d'intéressant, pas plus que les antécédents familiaux : le père de Monsieur Ber... est décédé à cinquante-six ans d'urémie ; sa mère est vivante, âgée de soixante-douze ans et bien portante, ainsi que ses trois sœurs.

Quant aux examens complémentaires entrepris, voici les résultats :

Azotémie : 0,20 g ‰.

Vitesse de sédimentation globulaire :

— première heure : 125 mm ;
— deuxième heure : 130 mm ;
— vingt-quatrième heure : 132 mm.

Numération - formule globulaire :

— Globules rouges : 3.500.000
— Globules blancs : 6.000, dont :
  — polynucléaires neutrophiles : 46 %
  — polynucléaires éosinophiles : 4 %
  — lymphocytes : 42 %
  — monocytes : 8 %.

La cuti-réaction à la tuberculine donne un résultat positif, mais il nous est impossible, en interrogeant le malade, de connaître le résultat des précédents contrôles de l'allergie tuberculinique et même de savoir si, éventuellement, ils ont été déjà recherchés.

Taux des phosphatases acides : 2 unités Plumel.

Le séro-diagnostic de Wright est négatif, résultat confirmé le 2 mars 1963 par le séro-diagnostiqué pratiqué à l'Institut Pasteur.

Vernes-résorcine : 5 U.V.

Cyto-bactériologie urinaire : normale.

La courbe de température pendant l'hospitalisation, dans ce cas, est toujours normale.

L'examen radiologique a été fait le 22 mars et l'étude de la région lombo-sacrée montrait : une arthrose lombaire diffuse prédominant au niveau de L1-L2. Un pincement postérieur du disque L1-L2 et des remaniements de la structure osseuse à type de condensation et surtout de raréfaction (encoches) au niveau du plateau inférieur de L1 et du plateau supérieur de L2.

Cet aspect a été confirmé par les tomographies.

Devant ce syndrome présentant des points communs avec les précédents cas et compte tenu de la notion géographique, le traitement est identique à celui prescrit à nos autres malades.

Trois semaines après l'antibiothérapie et le repos en coquille plâtrée, notre malade ne souffre plus, son poids de 55 kg à l'entrée est actuellement de 60 kg et la marche se fait d'une manière satisfaisante.

Nous envisageons pour lui, à ce moment, une convalescence de deux mois en maison de repos, associée à une antibiothérapie prolongée mais plus restreinte.

OBSERVATION N° 10

Cette observation concerne Monsieur Dom... Jean, âgé de quarante ans, ouvrier agricole, domicilé à Etampes-sur-Marne, suivi à la consultation du Docteur JEANSON en septembre 1961.

Son histoire se résume à peu de signes.

Sans antécédents pathologiques notables, brusquement apparaît une lombalgie, constante, sans paroxysmes lors des efforts, sans irradiations.

L'examen clinique met en évidence une raideur vertébrale au niveau des premières vertèbres lombaires, avec une contracture associée des muscles des gouttières para-vertébrales.

L'examen neurologique, comme le reste de l'examen général, est absolument normal.

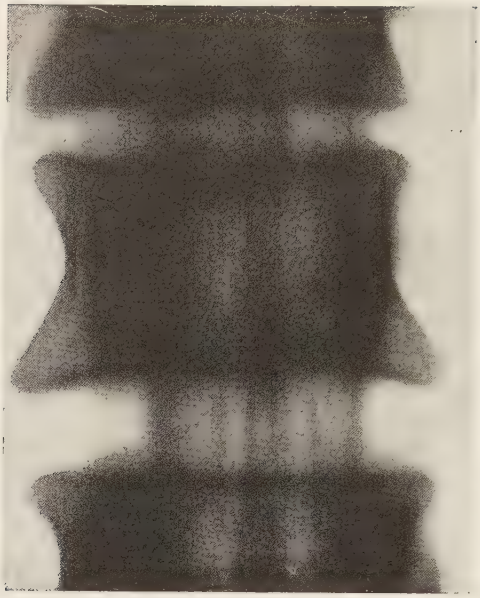
Biologiquement, nous obtenons :

Vitesse de sédimentation globulaire :

— première heure : 2 mm ;
— deuxième heure : 4 mm ;
— vingt-quatrième heure : 45 mm.

Numération - formule sanguine :

— Globules rouges : 5.850.000
— Globules blancs : 8.600, dont :



— polynucléaires neutrophiles : 48 %
— lymphocytes : 49 %
— monocytes : 3 %.

La radiographie de la colonne lombaire nous fait remarquer un pincement du disque L1-L2, avec une ébauche de cyphose et ostéolyse du plateau supérieur de L2.

Là encore, le traitement entrepris a été une antibiothérapie large qui a amené assez rapidement une sédation des douleurs et une reprise de l'activité.

CHAPITRE II

RADIOLOGIE

Voilà donc quelques exemples radiologiques de l'aspect habituellement rencontré chez les malades faisant l'objet de cette étude.

Nous pouvons donc retenir, par l'examen des différents clichés, les caractères généraux suivants de ces spondylites :

La localisation de l'atteinte osseuse est à prédominance dorsale basse, lombaire, ou même intéresse ces deux segments de la colonne vertébrale.

De plus, celle-ci ne se limite pas à l'érosion d'une seule vertèbre, mais intéresse plutôt plusieurs corps vertébraux, ceux-ci en général se suivant ; par exemple : D8, D9, D10, D11.

Nous n'avons jamais rencontré de localisations dorsale haute et cervicale.

Cette atteinte et c'est cela qui a attiré notre attention, est constituée par un aspect érosif des corps vertébraux.

L'aspect érosif est le fait de nombreuses encoches à contours relativement réguliers, intéressant l'épiphyse vertébrale, parfois entourées d'une zone de condensation osseuse.

A ces signes principaux s'associent parfois d'autres manifestations :

Ainsi, une arthrose diffuse est souvent observée, et fréquemment dans la zone pathologique.

Les disques ont un aspect général souvent normal, mais nous avons eu l'occasion de constater quelquefois un pincement postérieur ou un pincement intéressant la totalité du disque.

Lorsque l'atteinte a été sérieuse et a retenti fortement sur la cinétique rachidienne, on a pu voir une scoliose dorso-lombaire et encore une accentuation de l'ensellure lombaire réactionnelles.

CHAPITRE III

PARTICULARITÉS GÉOGRAPHIQUES

La plus grande partie des malades qui ont été suivis habitait dans la vallée du Petit-Morin.

Deux cas pourtant échappent à cette particularité :

Non pas celui de notre *observation n° 2,* car bien que Monsieur Dep... habitât Coulommiers, sa profession l'obligeait à être quotidiennement et longuement dans cette vallée. Il se trouve ainsi, quand même, dans la même situation que nos autres malades.

— Le premier cas, celui de Monsieur Ray... (*obs. n° 4*), est plus particulier. Celui-ci, en effet, habite La Couture de Chailly et travaille, en tant qu'ouvrier agricole, non loin de ce village, faisant, lui, partie du bassin du Grand-Morin.

— Le deuxième cas est celui de Monsieur Dom... (*obs. n° 10*), habitant Etampes-sur-Marne.

Nous nous sommes donc interrogés sur cette localisation géographique de notre épiphysite vertébrale.

La vallée du Petit-Morin, touristique et riante l'été, est par contre très humide et longtemps noyée de brouillard pendant la période hivernale ; facteurs bien sûr peu favorables aux rhumatisants, mais ne pouvant déclencher cette atteinte vertébrale.

Les bords de la rivière sont plantés d'osier et, plus en delà, de grands bois se sont développés le long du bassin. Ainsi se présente la vallée, ce qui n'amène guère d'explications, de nombreux cours d'eau et leurs abords pouvant répondre à la même description.

Par contre, une notion de pathologie vétérinaire semble plus intéressante. Car bien que les vaccinations animales paraissent être faites sérieusement, il existerait des cas de brucellose et de tuberculose bovines et, en effet, nous avons eu l'occasion de traiter dans le Service quelques cas de mélitococcie provenant entre autres de cette région de la Brie.

Cette notion nous amènera à quelques réflexions aux paragraphes suivants.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser aux différentes maladies auxquelles nous pouvions penser devant les signes cliniques, biologiques et radiologiques de ces spondylites.

En effet, il n'est guère satisfaisant, et pour le malade et pour l'esprit des médecins traitants, de se trouver en face d'un état pathologique dont l'étiologie reste mystérieuse. Aussi avons-nous essayé de faire entrer ce syndrome dans le cadre de certaines maladies connues. Nous verrons bien que, quelquefois, certains ensembles de signes nous ont paru intéressants et nous orientaient nettement sur une maladie, il nous était impossible d'affirmer avoir affaire à tel germe ou tel état morbide.

Voici donc quelques diagnostics ayant retenu notre attention, certains très longtemps, d'autres un court instant.

L'aspect radiologique que nous avons observé est bien différent de celui que donnent les tumeurs bénignes ou malignes, ou encore les maladies de Kahler, de Hodgkin, de Paget.

Nous citerons rapidement la maladie de Perthes-Jüngling, non pas dans sa forme de localisation osseuse distale, mais dans sa forme d'ostéite vertébrale. Mais aucun signe de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann n'a pu être mis en évidence chez nos malades.

Nous passerons aussi vite sur les remaniements osseux post-fracturaires car, dans aucun cas, par l'étude des antécédents pathologiques, nous n'avons pu retrouver la notion d'une fracture vertébrale.

Les états mycosiques, bien que rares dans nos pays, tels que les blastomycoses, les sporotrichoses, les actinomycoses, peuvent se compliquer d'ostéite par l'extension de lésions des parties molles et ressemblent alors aux ostéites microbiennes. Mais là encore il nous a été impossible de relever une atteinte mycosique longtemps avant ou dans une période proche de l'apparition des symptômes vertébraux.

La syphilis osseuse avec ses douleurs au niveau des os, sa fièvre, son amaigrissement et un aspect radiologique fait de destruction, était plus intéressante. Seulement, là, l'atteinte cervicale est presque exclusive, alors que dans notre étude c'est justement le contraire, et toutes les réactions spécifiques entreprises à partir du sang ou du liquide céphalo-rachidien sont restées négatives.

Envisageons la hernie discale, dont le début se fait presque toujours par un lumbago qui peut survenir spontanément et progressivement, s'accompagnant d'une sciatique témoin de la souffrance radiculaire, exagérée par les efforts.

L'examen du rachis révèle ici aussi une attitude antalgique et une forte pression juste en dehors des épineuses, à la hauteur du disque atteint, réveille la douleur de sciatique (signe de la sonnette).

Au membre inférieur, on met en évidence un signe de Lasègue et les points de Valleix, un réflexe achilléen diminué ou aboli dans la sciatique de type S.I., associé parfois à des troubles de la sensibilité. Cet ensemble a pu être retrouvé chez plusieurs de nos malades, mais la radiographie dans la hernie discale montre simplement un pincement du disque intéressé ou encore l'aspect du nodule de Schmorl dans les variétés où le *nucleus pulposus* a été expulsé en avant et se loge dans le corps vertébral. Ces images sont, sur les films, bien différentes de celles que nous avons observées. D'autre part, dans la hernie, il ne s'associe ni pyrexie, ni élévation de la vitesse de sédimentation, ni sueurs, ni amaigrissement, ni atteinte de la formule sanguine.

La spondylarthrite ankylosante pose un diagnostic différentiel par sa symptomatologie. En effet, il s'agit habituellement de douleurs lombaires, lombo-sacrées ou fessières supérieures qui s'accompagnent assez souvent d'irradiations sciatiques. Assez souvent, à cet état est associée une altération discrète de l'état général faite des signes suivants : le malade perd l'appétit et maigrit, il ressent de la fatigue, il a un peu de fièvre.

La rigidité vertébrale est évidente, elle s'accompagne d'une douleur à la pression des gouttières para-vertébrales. La vitesse de sédimentation globulaire est augmentée. Mais, signes distinctifs tranchant le problème :

— les douleurs intermittentes sont surtout marquées à la fin de la nuit et dans la matinée ;

— la radiographie montre des signes d'atteinte de l'articulation sacro-iliaque : l'interligne a ses contours flous qui le font paraître élargi ; et d'atteinte vertébrale : c'est l'ossification sous-ligamentaire.

La maladie de Scheuermann présente une symptomatologie assez voisine de celle que nous avons rencontrée.

En effet, celle-ci est faite de douleurs de la région dorso-lombaire, d'une légère raideur de la colonne vertébrale avec une douleur à la pression des apophyses épineuses, d'une fièvre légère.

Les signes radiologiques sont aussi très proches de ceux que nous avons observés.

C'est en général un aspect grignoté des plateaux vertébraux.

Mais la définition même de la maladie de Scheuermann n'est-elle pas : l'épiphysite vertébrale douloureuse des adolescents. Or, tous nos malades étaient des adultes qui, en plus, n'avaient jamais eu de douleurs ou d'atteinte rachidienne dans leurs antécédents.

En fait, le plus gros problème a toujours été celui d'éliminer les spondylites infectieuses. Non pas tant les localisations secondaires des affections à pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, gonocoque..., l'examen clinique et biologique de nos malades permettant d'éliminer un foyer primaire infecté par ces germes.

Nous retiendrons surtout :

— le mal de Pott ;
— l'atteinte vertébrale de la mélitococcie ;
— l'atteinte vertébrale de la typhoïde.

1) *La spondylite typhique :* le siège d'élection de la lésion est la région lombaire, où elle atteint un ou plusieurs corps vertébraux. Elle suppure rarement et donne exceptionnellement naissance à des séquestres, mais se traduit par des destructions précoces.

Cliniquement, la maladie revêt une allure subaiguë avec fièvre peu élevée, rachialgies et des signes de compression nerveuse (exagération des réflexes, irritation radiculaire). Les symptômes radiologiques peuvent être voisins de ceux d'un mal de Pott avec des zones de destruction mais intégrité des disques au moins au début.

Mais elle apparaît presque toujours au décours de la fièvre typhoïde et le séro-diagnostic qui reste fortement positif fournissent la preuve de la nature typhique de l'affection.

2) *L'atteinte vertébrale de la mélitococcie :* c'est la localisation osseuse d'élection, et les signes d'atteinte articulaire prennent souvent une importance de premier plan dans les brucelloses actuellement observées dans nos pays.

L'atteinte vertébrale peut être contemporaine des périodes fébriles et donne radiologiquement un aspect érosif des plateaux.

S'y associent fréquemment les sueurs, une leucopénie, une accélération modérée de la vitesse de sédimentation globulaire, une splénomégalie.

Beaucoup de ces signes groupés ont été observés chez nos hospitalisés et, de plus, l'existence de brucelloses bovine et humaine dans la Brie nous avait fait envisager la possibilité d'une infection par ce germe chez nos malades — infection que nous n'avons jamais pu mettre en évidence par les divers procédés dont nous disposions (sérodiagnostic de Wright, intra-dermo-réaction à la mélitine).

Mais peut-être que les passages successifs sur l'animal ayant subi des vaccinations ont-ils atténué ses propriétés antigéniques, ou encore avons-nous affaire à un microbe proche des brucelloses.

3) *Le mal de Pott* a été aussi un diagnostic souvent avancé.

S'il est plus fréquent chez l'enfant, c'est cependant une affection de tous les âges.

La forme complète à la période d'état ne prête guère à discussion ; par contre, la forme de début nous intéresse plus particulièrement.

Les phénomènes douloureux sont en général les premiers symptômes de la maladie. Ils se manifestent le plus souvent au niveau de la région lombaire, consistant surtout en une gêne douloureuse aux mouvements. Les douleurs peuvent aussi irradier dans les membres inférieurs et prendre alors le caractère d'une sciatique ; elles sont calmées par le repos au lit et exagérées par la fatigue et la station debout.

L'altération de l'état général avec fébricule, amaigrissement, pâleur et fatigabilité, est souvent précoce.

L'examen clinique révèle, dès cette période, des symptômes importants :

C'est tout d'abord, à l'inspection, la contracture des muscles des gouttières vertébrales. Sur le sujet debout, on met en évidence la rigidité du segment vertébral atteint.

On retrouve encore, en palpant avec soin la ligne des épineuses, une saille anormale ou tout au moins une douleur provoquée exquise à la percussion.

La radiographie confirme la lésion, le foyer tuberculeux est à proximité d'une des faces supérieure ou inférieure, il forme là une ou plusieurs cavernules, entourées d'une zone d'ostéite raréfiante. Le disque inter-vertébral ne semble atteint que secondairement.

Aussi cet ensemble pathologique est assez troublant et c'est ce qui nous a fait très fréquemment associer aux antibiotiques à large

spectre, la streptomycine et le rimifon. La maladie survient généralement chez un sujet en bonne santé apparente, mais chez lequel l'interrogatoire révèle des antécédents pleuraux ou pulmonaires, ce que nous n'avons jamais retrouvé dans nos observations. La radiographie pulmonaire faite systématiquement n'a jamais montré de processus pathologique évolutif ni de séquelles ; les bacilloscopies sont restées négatives.

De plus, biologiquement, il nous a toujours été impossible de faire la preuve de la nature tuberculluse de l'affection ou même d'avoir une orientation suffisante ; quelques malades ayant même encore une cuti-réaction et une intra-dermo-réaction à la tuberculine négatives.

La thérapeutique entreprise, elle aussi, nous fait douter de la nature tuberculeuse de l'affection, car voyant au bout de peu de temps nos malades souvent très améliorés, il nous était difficile de les laisser avec une pancarte chargée de médicaments, et très timidement au départ, plus fermement ensuite, avons-nous arrêté rapidement le traitement spécifique sans que jamais les lésions ne redeviennent évolutives (ce qui se serait présenté avec une tuberculose lors d'un arrêt trop précoce de la thérapeutique).

Mieux, dans un cas où nous croyions fortement à la nature tuberculeuse de la maladie (amaigrissement, asthénie, ascite essentielle : *obs. n° 5*), ce n'est qu'avec l'adjonction de terramycine que l'apyrexie a été obtenue et qu'une baisse de la vitesse de sédimentation est apparue. Dans une autre observation (*obs. n° 6*), aucun tuberculostatique n'a été prescrit, ce qui n'a en rien gêné la guérison.

Peut-être avons-nous affaire à un germe ayant perdu certains caractères, comme nous avions soulevé le problème lors du diagnostic différentiel avec la brucellose.

CONCLUSION

Nous avons rapporté les observations de 10 cas de spondylites qui, par leurs particularités, ont posé un problème intéressant lors de leur hospitalisation.

Nous allons essayer de brosser un tableau récapitulatif de ces cas que nous avons suivis à l'Hôpital de Coulommiers (Seine-et-Marne).

Nous dégagerons les signes principaux et communs, ainsi que des symptômes particuliers à quelques-uns d'entre eux.

Ces spondylites sont d'apparition récente : 1959 est l'année de la première observation et, malgré nos recherches jusqu'en 1950, nous n'avons retrouvé aucun dossier comparable antérieur à cette date. L'année 1961 (6 cas) a compté le plus grand nombre de malades, surtout de mai à septembre.

Nos malades étaient des adultes jeunes, les âges extrêmes observés étant trente-trois ans dans un cas, et cinquante-neuf dans un autre. La plupart ayant autour de quarante-cinq ans.

La profession semble jouer un rôle, car bien que le métier soit différent, il obligeait nos malades à être fréquemment en contact avec des bovins ou des ovins.

L'étude des antécédents, tant personnels que familiaux, ne nous a pas apporté de renseignements utiles et il semble même que nos malades bénéficiaient auparavant d'une excellente santé.

L'étude clinique a fait constater :

1) *Des signes généraux* faits essentiellement :
   — de fièvre, celle-ci parfois de caractère ondulant, le plus souvent irrégulière sans systématisation particulière ;
   — des sueurs abondantes mais non profuses, à tendance vespérale, non fétides ;
   — la fatigue était constante, de même qu'un amaigrissement progressif qui n'a jamais confiné à la cachexie ;
   — des céphalées ont été quelquefois observées.

2) *Des signes fonctionnels* et particulièrement des douleurs lombaires ou dorsales basses, assez pénibles, souvent exagérées par les efforts, pouvant irradier dans les membres inférieurs à type de sciatique ou en hémi-ceinture, le point de rencontre épigastrique étant le siège de vives brûlures. Ces douleurs gênent énormément la marche, les mouvements, le repos au lit, et empêchent tout travail.

3) *Des signes physiques dont :*
   — une raideur du rachis lombaire bloquant les mouvements de flexion-extension du tronc, et faisant se déplacer d'un bloc un segment du rachis ;
   — une contracture douloureuse permanente des muscles des gouttières para-vertébrales, limitant d'autant plus la cinétique rachidienne ;
   — une douleur provoquée, localisée sur la lésion, à la percussion de la ligne des apophyses épineuses.

Trois malades ont associé un syndrome spécial :
   — Dans un cas, une *ascite* sans signe d'hypertension portale, non hémorragique chez une femme de trente-six ans. Les examens du liquide de ponction n'ont pu déterminer la nature et la recherche du bacille de Koch a été négative, malgré les moyens de dépistage entrepris. Ce syndrome a précédé de quelques jours la pathologie vertébrale.
   — Dans les autres cas, il s'est agi d'un œdème des membres inférieurs. Une fois, ce ne fut qu'un discret œdème bi-malléolaire ; une autre fois, et le début de la maladie a commencé ainsi, un œdème des membres inférieurs remontant jusqu'aux genoux, rosé, non douloureux, prenant le godet, sans signes circulatoires, rénaux, cardiaques, pelviens.

Nous avons noté soit une exagération des réflexes ostéo-tendineux des membres inférieurs, soit au contraire une abolition, parfois une trépidation épileptoïde du pied et, dans deux cas, des signes d'irritation pyramidale (signe de Babinski). Dans un cas (*obs. n° 5*), des troubles de la sensibilité avec anesthésie en selle étaient associés à une rétention aiguë d'urines.

Des examens complémentaires ont permis de mettre en évidence quelques signes assez constants :
   — A l'examen de la numération - formule sanguine, apparaît une leucopénie (entre 3.000 et 6.000 globules blancs), sans anémie.
   — La vitesse de sédimentation globulaire est modérément augmentée.

Les autres recherches sont restées vaines.

L'étude du liquide céphalo-rachidien, tant au point de vue cyto-bactériologie que tests de floculation, n'a décelé aucun trouble ; l'indice d'haptoglobine et le test de Vernes sont à des chiffres normaux.

La cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction à la tuberculine ont eu quelquefois des résultats négatifs.

La radiologie nous a été d'un grand secours. Non pas la radiographie pulmonaire qui n'a jamais relevé de lésions, mais plutôt celle de la colonne vertébrale qui a mis en évidence des lésions constantes des vertèbres que nous pouvons résumer ainsi :

— l'atteinte osseuse, dorsale basse ou lombaire, intéresse plusieurs corps vertébraux avec un aspect érosif qui est le fait de nombreuses encoches à contours assez réguliers ;

— une arthrose diffuse est souvent associée et les disques sont généralement normaux.

Chez deux malades, il a été possible de faire des prélèvements anatomiques que nous avons adressés à l'histologiste et sur lesquels nous comptions beaucoup, mais nous fûmes déçus,

Un aspect particulier et constant est la *répartition géographique :* 8 de nos 10 malades étaient domiciliés ou travaillaient dans la vallée du Petit-Morin où nous avons vu qu'il existait des cas de brucellose ou de tuberculose bovines, ce qui a posé un problème étiologique.

En effet, *la nature infectieuse* de la maladie semble probable et le traitement antibiotique amenant la guérison semble le confirmer.

Mais les essais biologiques, bactériologiques et même anatomo-pathologiques pour confirmer l'atteinte par le bacille de Koch ou le mélitocoque ont été un échec, les autres atteintes infectieuses ayant été facilement éliminées. Nous nous posons donc le problème de savoir si nous sommes en présence d'une espèce voisine d'un de ces germes, ou si nous avons affaire à l'un des deux avec des propriétés perturbées par le passage successif sur des animaux vaccinés.

Le traitement employé a été :

— tout d'abord, le repos strict au lit, souvent en coquille plâtrée avec une antibiothérapie large dont le groupe des cyclines est la base ;

— la streptomycine, associée systématiquement avec l'isoniazide au début, afin de couvrir un éventuel processus tuberculeux n'a, par la suite, été prescrite que pour élargir le spectre antibiotique.

L'arrêt précoce de ce traitement n'a pas entraîné de reprise de l'évolution.

Chez quelques-uns de nos hospitalisés, il a fallu, lorsque l'atteinte vertébrale était sévère, entreprendre une rééducation et une gymnastique vertébrales dans des centres spécialisés.

Avec un recul suffisant, nous pouvons actuellement dire que les résultats thérapeutique sont bons, malgré l'étiologie inconnue ; tous nos malades ayant repris soit leur travail, soit leur occupation domestique.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
DELBARRE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

TABLE DES MATIÈRES

Préface 11

Chapitre I. — Etude clinique 13

Chapitre II. — Radiologie 42

Chapitre III. — Particularités géographiques 43

Chapitre IV. — Diagnostic différentiel 44

Conclusion 49

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIVe)